

ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

โชติกา รัตนพลแสน¹พจนีย์ ขูลีลัง²พรพรรณนา ไชยผง²

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1)ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 2)เปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลมหาสารคามตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ ICD-10 ทั้งชายและหญิง มีอายุ 20-59 ปี จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน โดยใช้วิธีจับคู่(Matched paired) เพื่อควบคุมตัวแปรเกิน ตามเพศและคะแนนซึมเศร้า แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและควบคุมกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม PST ตามแนวคิด Five Factors Model จำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 45-90 นาที ห่างกัน 3 วัน ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ โปรแกรม PST (Problem-Solving Therapy) และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9คำถาม(9Q) วิเคราะห์ข้อมูลด้วย 1)วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงบรรยายได้แก่ การแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ยร้อยละ 2)เปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ปัญหา โดยใช้สถิติทดสอบ t (Dependent t -test) กำหนดค่าที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรม PST มีระดับภาวะซึมเศร้ามลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีคะแนนซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สรุปได้ว่าโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหามีประสิทธิผลในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้อย่างชัดเจน

คำสำคัญ: การบำบัดโดยการแก้ปัญหา, ระดับคะแนนซึมเศร้า, ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

วันที่รับบทความ

24 ธันวาคม 2568

วันที่ได้รับบทความฉบับแก้ไข

23 เมษายน 2569

วันที่ตอบรับบทความ

19 พฤษภาคม 2569

¹โรงพยาบาลมหาสารคาม, ผู้ประสานการส่งบทความต้นฉบับ, จดหมายอิเล็กทรอนิกส์; chotika@gmail.com

²โรงพยาบาลมหาสารคาม

The Effect of a Problem–Solving Therapy Program on Depression in Patients with Major Depressive Disorder

Chotika Rattanaponsan¹

Potjanee Kuleelung²

Punnipa Chaiyaphong²

Abstract

This study employed a quasi–experimental design with the following objectives: 1) to examine the effects of a Problem–Solving Therapy (PST) program on depression levels among patients with depressive disorder, 2) to compare depression levels before and after receiving the PST program. The sample consisted of 40 psychiatric outpatients diagnosed with depression according to ICD–10 criteria at Mahasarakham Hospital, including both males and females aged 20–59 years. Participants were divided into an experimental group and a control group, with 20 individuals in each group. A matched–pair technique was used to control extraneous variables, specifically gender and depression scores, before randomly assigning participants to the experimental and control groups. The experimental group received the PST program based on the Five Factors Model, consisting of 6 sessions, each lasting 45–90 minutes, with a 3–day interval between sessions. The control group received usual nursing care. Research instruments included the PST program and the 9–item depression assessment questionnaire (9Q). Data were analyzed using: 1) descriptive statistics for personal data, including frequency, mean, and percentage, 2) comparison of depression levels before and after the intervention between groups using the dependent t–test, with the level of statistical significance set at 0.05.

The results indicated that patients who received the PST program showed a statistically significant reduction in depression levels. Furthermore, their depression scores were significantly lower than those of the control group receiving usual care at the 0.05 level of significance. In conclusion, the Problem–Solving Therapy program is effective in significantly reducing depression among patients with depressive disorder.

Keywords: Problem–Solving Therapy, depression scores, patients with depressive disorder

Received
24 December 2025

Revised
23 April 2026

Accepted
19 May 2026

¹ Mahasarakham Hospital, Corresponding author e–mail: chotika@gmail.com

² Mahasarakham Hospital

บทนำ

โรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) ความหมายคือภาวะทางจิตใจที่ทำให้คนรู้สึกเศร้า หดหู่ หรือหมดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง ไม่ใช่แค่ความเศร้าธรรมดาที่เกิดขึ้นชั่วคราว แต่เป็นอาการที่ส่งผลต่อความคิด อารมณ์ และการใช้ชีวิตประจำวันสาเหตุของโรคซึมเศร้า มักไม่ได้เกิดจากปัจจัยเดียว แต่เป็นผลจากหลายด้านร่วมกัน ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อม ได้แก่ 1) ปัจจัยทางชีวภาพคือ ความไม่สมดุลของสารเคมีในสมอง เช่น เซโรโทนิน (serotonin) และโดพามีน (dopamine) ความผิดปกติของฮอร์โมน โครงสร้างหรือการทำงานของสมองบางส่วนเปลี่ยนแปลง 2) พันธุกรรม ซึ่งหากมีคนในครอบครัวเคยเป็นโรคซึมเศร้า จะมีความเสี่ยงสูงขึ้น แต่ไม่ได้หมายความว่าต้องเป็นเสมอไป 3) ปัจจัยด้านจิตใจและอารมณ์ เช่น ความเครียดสะสม การสูญเสีย (เช่น คนรักเสียชีวิต หรือเลิกงาน) การถูกกีดกัน หรือมีประสบการณ์รุนแรงในชีวิต (trauma) 4) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและสังคมเช่น ปัญหาการเงิน การงาน หรือความสัมพันธ์ การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่สนับสนุน ความโดดเดี่ยว ขาดการช่วยเหลือ 5) ปัจจัยด้านสุขภาพเช่นโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน หรือโรคหัวใจ การใช้สารเสพติดหรือแอลกอฮอล์ ผลข้างเคียงจากยาบางชนิดจะเห็นได้ว่าโรคซึมเศร้าเกิดจาก “หลายปัจจัยร่วมกัน” ไม่ใช่ความอ่อนแอของจิตใจ และสามารถรักษาได้หากได้รับการดูแลที่เหมาะสม

จากสถิติทั่วโลกพบว่าผู้ป่วยจิตเวชเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 45 โดยเฉพาะโรคซึมเศร้า โรคอารมณ์สองขั้วโรคจากสารเสพติดหรือแอลกอฮอล์ จะเสี่ยงการฆ่าตัวตายสูงมากขึ้นจากข้อมูลระบบเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเอง และจากข้อมูลระบบเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเองในประเทศไทย มีจำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จปี พ.ศ. 2563, 2564 และ 2565 จำนวน 442 คน, 1,762คนและ 3,906 คน ตามลำดับในประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยอายุ 15 ปีขึ้นไปมีภาวะซึมเศร้าสะสม ปีงบประมาณ 2563 2564และ 2565

มีจำนวน 1,170,766 คน 1,230,764 คนและ1,324,720 คนตามลำดับ แสดงให้เห็นว่ามีจำนวนผู้ป่วยซึมเศร้า มีปริมาณเพิ่มขึ้นในทุก ๆ ปี ถ้าแยกตามปัจจัยกระตุ้นพบมากที่สุด คือประสบปัญหาในชีวิตหรือภาวะวิกฤติ จากข้อมูลระบบเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเองพบว่า จังหวัดมหาสารคามมีจำนวนผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จ พ.ศ. 2565 และ 2566 จำนวน 7 คน, 39 คน ตามลำดับ และในอำเภอเมืองมหาสารคาม มีจำนวนผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จ พ.ศ. 2564,2565 และ 2566 จำนวน 3 ราย, 3 ราย และ 5 ราย ตามลำดับ ซึ่งจากสถิติดังกล่าวจะเห็นว่าผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นจึงสมควรต้องได้รับการวางแผนและการดูแลที่เหมาะสม เพื่อลดจำนวนการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการมองปัญหาและวิธีการแก้ปัญหาที่เป็นทางลบ ทำให้ไม่สามารถควบคุมความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของตัวเองได้ จึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า การศึกษาพบว่า การแก้ปัญหาของผู้ใหญ่อายุ 17 ปีขึ้นไป สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าร้อยละ 10¹ ความสามารถในการแก้ปัญหาเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า² เพราะเมื่อบุคคลประสบกับเหตุการณ์ ความเครียดและไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ มองเห็นปัญหาเป็นภาพรวมไม่สามารถมองเห็นปัญหาเป็นส่วนๆ หรือพิจารณาว่าปัญหาใดเป็นปัญหาเร่งด่วนที่ต้องได้รับการแก้ไขเป็นอันดับแรก ไม่สามารถที่จะใช้กระบวนการความคิดในการไตร่ตรองถึงผลดีและผลเสียของแนวทางในการแก้ปัญหา ทำให้มองไม่เห็นศักยภาพของตน ปฏิเสธและหลีกเลี่ยงปัญหา มองไม่เห็นจุดมุ่งหมายที่แท้จริงในการแก้ปัญหา เมื่อบุคคลขาดทักษะในการจัดการกับปัญหาทำให้ปัญหาสะสมมากขึ้นและส่งผลให้บุคคลรู้สึกหมดหวังรวมถึงรู้สึกว่าไม่มีใครสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำให้มีโอกาสเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าและมีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตอื่นๆ นอกจากเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิตจะเป็นสาเหตุสำคัญที่กระตุ้นให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าครั้งแรกแล้วยังเป็นตัวกระตุ้นให้กลับเป็นซ้ำ³ หากบุคคล

มองตนเองไม่มีความสามารถในการแก้ปัญหา ทำอะไรด้วยตนเองไม่ได้ ซึ่งเป็นการมองตนเองในด้านลบก็จะทำให้เกิดอาการซึมเศร้าตามมา⁴ ดังนั้นการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา (PST) เป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้า เพิ่มทักษะการแก้ปัญหา และลดความเสี่ยงต่อพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวและกลับไปดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีคุณภาพมากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย มีการศึกษาบทบาทพยาบาลในการลดอาการซึมเศร้าโดยการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของ น.ท.หญิงรัตติกาล ศรีงาม บทความนี้ กล่าวถึงโรคซึมเศร้า อาการซึมเศร้า การดำเนินโรคของโรคซึมเศร้า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า ผลกระทบของอาการซึมเศร้าบทบาทของพยาบาลจิตเวชในการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดอาการซึมเศร้าโดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบาทของพยาบาลจิตเวชในการลดอาการซึมเศร้าโดยการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสมส่งผลให้อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามลดลงนอกจากนี้การบำบัดด้วยการแก้ปัญหาเป็นการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมในทุกมิติจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวและดำเนินชีวิตได้ตามปกติ⁵ และจากการศึกษาของธวัชชัย พละศักดิ์ เรื่องผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่าโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาสามารถทำให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามลดลงได้ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าน้อยและปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁶

จากผลการศึกษาข้างต้นทำให้ผู้วิจัยที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลมหาสารคาม มีความสนใจที่จะพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าซึ่งยังไม่เคยมีการนำโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ปัญหามาใช้จึงได้นำรูปแบบการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ที่ใช้กับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัว

ตายภายใต้แนวคิดของ Five Factors Model D’Zurilla&Nezu⁷ มาประยุกต์ใช้เป็นรูปแบบการบำบัดโดยการแก้ปัญหาคือการบำบัดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาสารคาม และเป็นการช่วยพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาและการแก้ปัญหายอย่างเหมาะสม ช่วยลดระดับความซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวและดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ

การศึกษาเชิงระบาดวิทยาพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความชุกตลอดชีวิต คือร้อยละ 13-17 ส่วนใหญ่มีอาการในช่วงอายุระหว่าง 19-44 ปี⁸ ส่งผลต่อการสูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ไม่สามารถทำหน้าที่ต่างๆ ได้ตามบทบาทในครอบครัวและสังคม จึงมีผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วย ครอบครัว ทำให้คนในครอบครัวเศร้าหมองต้องใช้เวลาในการดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า เสียเวลาในการทำงาน ทำให้สูญเสียรายได้และยังเป็นภาระของครอบครัวเพิ่มขึ้นจากค่ายา และค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา รวมทั้งส่งผลกระทบต่อสังคมประเทศ⁹

ในประเทศไทย มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการแก้ปัญหา¹⁰ ซึ่งการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในประเทศไทยได้ให้ความสำคัญทั้งในด้านการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงและแนวทางการรักษา โดยเน้นการใช้วิธีการต่างๆ ทั้งการใช้ยา การบำบัดทางจิต การสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม รวมถึงการนำเทคนิคการฝึกสมาธิมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยซึมเศร้า การศึกษาทั้งหมดนี้ช่วยให้เข้าใจวิธีการและการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพในบริบทของประเทศไทยมากยิ่งขึ้น โดยผู้ป่วยบางรายอาจต้องใช้หลายวิธีร่วมกัน เช่น การใช้ยาและการบำบัดทางจิตวิทยา หรือในบางกรณีอาจใช้การรักษาด้วยเทคโนโลยีช่วยเสริมร่วมด้วย¹¹

ในต่างประเทศ พบว่ามีโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาคือ D’Zurilla and Nezu¹² เป็นการบำบัดที่มุ่งเน้นการปรับปรุงทักษะในการแก้ปัญหของผู้ป่วย

ซึ่งได้รับการพัฒนาและนำมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะในบริบทที่มีความเครียดหรือความวิตกกังวลสูง การบำบัดนี้เรียกว่า Problem-Solving Therapy (PST) หรือ การบำบัดด้วยการแก้ปัญหา ซึ่งได้รับการพิสูจน์แล้วว่ามีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าโดยมีขั้นตอนหลัก ๆ ดังนี้

- 1) การกำหนดปัญหาที่ต้องการแก้ไข (Problem Definition) โดยผู้ป่วยจะได้รับการช่วยเหลือในการระบุและแยกแยะปัญหาหลักที่เป็นสาเหตุของความรู้สึกซึมเศร้า โดยการทำให้ผู้ป่วยสามารถมองเห็นปัญหาที่แท้จริงในชีวิตของตนเอง
- 2) การสร้างทางเลือก (Generating Alternatives) โดยผู้ป่วยจะได้รับการสนับสนุนในการคิดและพัฒนาทางเลือกที่หลากหลายในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น วิธีนี้ช่วยให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกติดกับปัญหาหรือมองไม่เห็นทางออก
- 3) การประเมินทางเลือก (Decision Making) โดยในขั้นตอนนี้ ผู้ป่วยจะประเมินและเลือกทางเลือกที่ดีที่สุดในการแก้ไขปัญหาของตนเอง การตัดสินใจนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยมั่นใจในวิธีการที่เลือกและสามารถดำเนินการได้
- 4) การวางแผนและดำเนินการ (Implementation and Action) โดยผู้ป่วยจะได้วางแผนการดำเนินการในการแก้ปัญหาตามทางเลือกที่เลือก ซึ่งรวมถึงการตั้งเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาว
- 5) การประเมินผลและการปรับเปลี่ยน (Evaluation and Feedback) หลังจากการดำเนินการแก้ปัญหาแล้ว ผู้ป่วยจะทำการประเมินผลการดำเนินการเพื่อดูว่าผลลัพธ์เป็นไปตามที่คาดหวังหรือไม่ และหากจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนวิธีการเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น

การบำบัดด้วยการแก้ปัญหาของ D’Zurilla and Nezu¹² ได้รับการปรับใช้ในหลายประเทศ รวมถึงประเทศไทย ซึ่งมีการทดลองใช้ในกรณีของผู้ป่วยซึมเศร้าร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการฝึกทักษะการแก้ปัญหาช่วยเพิ่มความมั่นใจให้กับผู้ป่วยและสามารถลดอาการซึมเศร้าได้ในระยะยาว การบำบัดโดยการแก้ปัญหา คือ วิธีการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้ทำความเข้าใจกับปัญหา การแก้ปัญหา

และวิธีการแก้ปัญหาในมุมมองใหม่ ทำให้มีพลังใจในการที่จะหาทางออกของปัญหาโดยการกำกับตนเอง ค้นหาวิธีการแก้ปัญหาให้หลากหลายมากขึ้น ลดการแก้ปัญหาแบบหลีกเลี่ยงปัญหา หรือแบบหุนหันพลันแล่น ไม่ระมัดระวัง และช่วยให้ผู้รับการบำบัดเพิ่มทักษะการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผลให้มากขึ้นจะช่วยลดภาวะซึมเศร้า เพิ่มทักษะการแก้ปัญหา และเสริมสร้างการปรับตัวเชิงบวก เพื่อปรับมุมมองในการแก้ปัญหาและหาวิธีในการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผลและการวางแผนที่ดีจนสามารถลดภาวะซึมเศร้า เพิ่มทักษะการแก้ปัญหา และเสริมสร้างการปรับตัวเชิงบวก

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะประยุกต์ใช้โปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาของ D’Zurilla and Nezu ในการแก้ปัญหของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มาใช้บำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาสารคาม เพื่อพัฒนาความสามารถในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้ดีขึ้น โดยผู้วิจัยได้ปรับลดระยะเวลาเพื่อความเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลมหาสารคาม แต่ยังคงเนื้อหาครบถ้วนตามแนวคิดของ D’Zurilla & Nezu ตามคู่มือของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โปรแกรมที่ใช้ในการศึกษาคครั้งนี้ เน้นให้ความรู้เกี่ยวกับ อาการ อาการแสดง การจัดการกับตัวกระตุ้นที่ทำให้อาการกำเริบ รวมถึงช่วยให้ผู้ป่วยสามารถ วิเคราะห์ปัญหาและวางแผนเกี่ยวกับการแก้ปัญหาของตนเองให้ดีขึ้น และยังช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ และทักษะในการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เกิดความมั่นคงทางอารมณ์ และมีความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา การรับประทานยารักษาโรค การดูแลตนเองอย่างถูกวิธี รวมถึงการพัฒนาทักษะการจัดการกับตัวกระตุ้นที่เป็นสาเหตุของการกำเริบของโรค มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มทักษะการแก้ปัญหา ลดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาต่อระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

2. เพื่อเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา

สมมติฐานของการวิจัย

1. กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหามีระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

กรอบแนวคิดในการวิจัย

โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหามีระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ครั้งที่ 1 ขั้น Problem Orientation (การมองปัญหาอย่างสร้างสรรค์): ส่งเสริมการรับรู้และยอมรับปัญหาโดยไม่โทษตนเอง เพื่อสร้างทัศนคติที่ดีต่อการเริ่มต้นแก้ปัญหาครั้งที่ 2 ขั้น Problem Definition and Formulation (การนิยามและทำความเข้าใจกับปัญหา)ครั้งที่ 3 พิจารณาเปลี่ยนแปลงมุมมองต่อปัญหา พิจารณาเป้าหมายในการแก้ปัญหาที่ตรงกับความเป็นจริงและฝึกสร้างทางเลือกในการแก้ปัญหาฝึกการตัดสินใจและฝึกแก้ปัญหาครั้งที่ 4 การฝึกการแก้ปัญหาและตรวจสอบผลการแก้ปัญหาครั้งที่ 5 การฝึกลงมือแก้ปัญหาและตรวจสอบผลการแก้ปัญหาครั้งที่ 6 สรุปผลการแก้ปัญหา คงไว้ซึ่งทักษะในการแก้ปัญหา-ยุติการบำบัด



ระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research Design) มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบการแก้ปัญหามีระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหามีระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และเปรียบเทียบการแก้ปัญหามีระดับภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดการแก้ปัญหามีระดับภาวะซึมเศร้า กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ระยะเวลา ช่วงดำเนินการวิจัย พฤศจิกายน 2566 ถึง ตุลาคม 2567

กลุ่มเป้าหมายและผู้ร่วมวิจัย

ผู้วิจัยมีการกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมของการทดลองแบบทดลองนั้นคือ กลุ่มตัวอย่างควรมีอย่างน้อย 30 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน หากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม เนื่องจากในการวิจัยแบบกึ่งทดลองจำนวนกลุ่มตัวอย่างควรจะมีมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้เพื่อให้ข้อมูล

มีค่าคะแนนระดับซึมเศร้ามลดลงจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหามีระดับภาวะซึมเศร้าหลังการทดลอง ต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ที่ได้จากการทดลองมีการกระจายเป็นโค้งปกติและสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด เพื่อให้มีการกระจายของข้อมูลใกล้เคียงหรือเป็นโค้งปกติมากที่สุด¹³ ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ ICD-10¹⁴ ที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 40 คน จับคู่ตามลักษณะที่คล้ายกัน ได้แก่ เพศ อายุ และระดับภาวะซึมเศร้า แล้วสุ่มแยกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ผู้วิจัยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ คือเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้ารระดับ Major Depression Mild, Moderate ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ ICD-10 ที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลมหาสารคามมีอายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการประเมินความรุนแรงของอาการ โดยพิจารณาจากแบบประเมินซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้า

9 คำถาม(9Q)¹⁵ ที่มีคะแนนอยู่ในช่วง 7-18 คะแนน ซึ่งเป็นโรคซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง สามารถพูดและฟังภาษาไทยรู้เรื่อง ไม่มีปัญหาในการพูด การอ่าน การเขียน การได้ยิน และการมองเห็นไม่เคยได้รับการบำบัดแบบการแก้ปัญหา หรือได้รับสุขภาพจิตศึกษาแบบมีโครงสร้างสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามาก่อน และยินยอมเข้าร่วมวิจัยเมื่อจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่กล่าวไปแล้วข้างต้นจนครบ 20 คู่แล้ว ผู้วิจัยทำการจับฉลากชื่อของผู้ป่วยแต่ละคู่ โดยชื่อที่จับได้เป็นชื่อใครจะให้เข้ากลุ่มทดลอง ส่วนที่เหลือเข้ากลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ซึ่งมีเกณฑ์ในการคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)¹⁶ มีดังนี้ 1)กลุ่มตัวอย่างถอนตัวออกจากการวิจัยในระหว่างดำเนินการศึกษา 2)กลุ่มตัวอย่างมีอาการทางจิตกำเริบอย่างรุนแรงระหว่างการดำเนินการวิจัยหรือมีภาวะแทรกซ้อนด้านร่างกาย

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1.ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม เพื่อขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ซึ่งได้รับการอนุมัติวันที่ 15 พฤศจิกายน 2566 และขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคามซึ่งได้รับอนุญาตในการเก็บข้อมูลในวันเดียวกัน

2.ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีคัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง ที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม โดยพิจารณาตามคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง

3.ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช เพื่อขออนุญาตในการทดลองใช้เครื่องมือ (Try out) กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 5 คน และทดลองใช้โปรแกรมกับผู้ป่วยจำนวน 40 คน โดยได้ทดลองใช้เครื่องมือระหว่างเดือน มกราคม 2567- มิถุนายน 2567

4.คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยร่วมปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลมหาสารคาม โดยคัดกรองผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น

โรคซึมเศร้าระดับน้อยและปานกลาง ที่แพทย์นัดมาตรวจในแต่ละวัน ติดเครื่องหมายที่แฟ้มประวัติผู้ป่วย เพื่อให้จุดนัดแจ้งผู้ป่วยว่าให้มาพบผู้วิจัยหลังพบแพทย์

5.หากผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย โดยหากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย และให้ลงชื่อในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือ ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างเดือน มกราคม 2567- มิถุนายน 2567

6.ผู้วิจัยทำการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรเกินที่อาจส่งผลกระทบต่องานวิจัย โดยการจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched- Paired) ในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ได้แก่ 1) เพศ พบว่าโรคซึมเศร้า¹⁷ สามารถเกิดขึ้นได้ในทุกเพศและทุกวัย แต่จากการศึกษาพบว่าโดยทั่วไปแล้วโรคซึมเศร้าจะพบมากในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ เช่น ฮอร์โมน, ความเครียดจากชีวิตประจำวัน, และภาวะทางสังคมที่มีผลต่อความรู้สึกของแต่ละเพศ นอกจากนี้ผู้หญิงมักมีแนวโน้มที่จะพูดถึงความรู้สึกและขอความช่วยเหลือเมื่อมีอาการซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย ซึ่งอาจทำให้การวินิจฉัยและการรักษามีความชัดเจนมากขึ้นในผู้หญิง 2)ระดับคะแนนความซึมเศร้าเลือกเฉพาะผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของอาการในระดับปานกลาง เนื่องจากความรุนแรงของอาการนั้นส่งผลต่อความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วย

7.เมื่อจับคู่กลุ่มตัวอย่างตามที่กล่าวไปแล้วข้างต้นจนครบ 20 คู่แล้ว ผู้วิจัยทำการจับฉลากชื่อของผู้ป่วยแต่ละคู่ ชื่อที่จับได้เป็นชื่อใครจะให้เข้ากลุ่มทดลอง ส่วนที่เหลือจะให้เข้ากลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.เครื่องมือทดลอง ได้แก่ 1.1 โปรแกรมบำบัดการแก้ปัญหา(Problem -Solving Therapy)ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการบำบัดการ

แก้ปัญหาของ D'Zurilla and Nezu โปรแกรมนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ควบคุมความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบความเหมาะสมของกิจกรรมของกิจกรรม การจัดลำดับของเนื้อหาและความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตจำนวน 3 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์จำนวน 1 คน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 1 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิต จิตเวชจำนวน 1 คน โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาเพื่อลดภาวะซึมเศร้า เป็นการบำบัดทางจิตสังคมรายกลุ่ม โดยจะใช้เวลาครั้งละประมาณ 45–90 นาที จำนวน 6 ครั้งห่างกัน 3 วันดังนี้ ครั้งที่ 1 ขั้น Problem Orientation (การมองปัญหาอย่างสร้างสรรค์) : ส่งเสริมการรับรู้และยอมรับปัญหาโดยไม่โทษตนเอง เพื่อสร้างทัศนคติที่ดีต่อการเริ่มต้นแก้ปัญหา ครั้งที่ 2 ขั้น Problem Definition and Formulation (การนิยามและทำความเข้าใจกับปัญหา) ครั้งที่ 3 ฝึกปรับเปลี่ยนมุมมองต่อปัญหา ฝึกตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหาที่ตรงกับความเป็นจริงและฝึกสร้างทางเลือกในการแก้ปัญหา ฝึกการตัดสินใจและฝึกแก้ปัญหาครั้งที่ 4 การฝึกการแก้ปัญหาและตรวจสอบผลการแก้ปัญหาครั้งที่ 5 การฝึกลงมือแก้ปัญหาและตรวจสอบผลการแก้ปัญหา ครั้งที่ 6 สรุปผลการแก้ปัญหา คงไว้ซึ่งทักษะในการแก้ปัญหา ยุติการบำบัด 1.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q เป็นเครื่องมือมาตรฐานของประเทศไทย ที่มีการพัฒนาและรับรองโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ใช้กันอย่างกว้างขวางในสถานพยาบาลทุกระดับ ใช้คัดกรองและประเมินภาวะซึมเศร้าซึ่งประกอบด้วยคำถาม 9 ข้อ ตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคซึมเศร้าใน DSM-IV / ICD-10 ครอบคลุมทั้งด้านอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และร่างกายซึ่งง่าย รวดเร็ว และเหมาะสมกับบริบทไทย และใช้เวลาประเมินไม่นาน (ประมาณ 5 นาที) มีภาษาที่เข้าใจง่าย เหมาะกับผู้ป่วยทั่วไป สามารถใช้ได้ทั้งบุคลากรสุขภาพจิตและบุคลากรสาธารณสุขทั่วไป ช่วยวัดความรุนแรงของอาการซึมเศร้า มีการให้คะแนนรวมและการแปลผลออกเป็นระดับ (ไม่มี–เล็กน้อย–ปาน

กลาง–รุนแรง) โดยแบบวัดประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) โดยแต่ละข้อมีค่าลำดับคะแนนเป็น 0, 1, 2, 3 คะแนน โดยคิดคะแนนโดยรวมคะแนนทุกข้อคำถาม หลังจากนั้นนำคะแนนมารวมกันและวิเคราะห์ค่าคะแนนซึ่งมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0–27 คะแนน สามารถแปลผลคะแนนดังนี้คะแนน 7–12: ภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (Major Depression, Mild), 13–18: ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (Major Depression, Moderate), ≥19 ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (Major Depression, Severe) หลังประเมิน 9Q ให้ดำเนินการตามแนวทางการจัดการและดูแลรักษาตามระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ อายุที่เริ่มเจ็บป่วยและระยะเวลาการนอนหลับสำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ปรับแก้ตามผู้ทรงคุณวุฒิ ภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัย

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

โครงการวิจัยนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลมหาสารคาม เลขที่โครงการ MSKH_REC 66-01-147 ลงวันที่ 15 พฤศจิกายน 2566 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งให้สิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือปฏิเสธโดยสมัครใจ การถอนตัวสามารถทำได้ทุกเมื่อโดยไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล ผู้เข้าร่วมลงนามในเอกสารยินยอมก่อนเริ่มเก็บข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคลถูกเก็บเป็นความลับ โดยใช้รหัสแทนชื่อ เก็บเอกสารในตู้ที่ล็อก และไฟล์ข้อมูลมีรหัสผ่านจำกัดเฉพาะผู้วิจัย การรายงานผลนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หากพบว่าผู้เข้าร่วมมีภาวะเครียดหรือเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองระหว่างการศึกษาก็จะได้รับการประเมินและ

ส่งต่อพบจิตแพทย์หรือพยาบาลจิตเวชทันทีเพื่อความปลอดภัย

ขั้นตอนในการทดลอง

1.ขั้นเตรียมการทดลองช่วงเดือนพฤศจิกายน 2566-ธันวาคม 2566 1.1) เตรียมความพร้อมของผู้ศึกษา โดยการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและฝึกประสบการณ์ในการทำกลุ่มจิตบำบัด โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคุณสมบัติเหมือนกลุ่มทดลอง แต่ไม่ใช้กลุ่มทดลองจำนวน 3 คนเพื่อทดลองการใช้โปรแกรมบำบัดการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อเสริมสร้างความมั่นใจ และนำมาปรับใช้กับกลุ่มทดลองจริง 1.2) เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย พร้อมเสนอโครงร่างวิจัยฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลมหาสารคาม 1.3) ประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย 1.4) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด พร้อมทั้งดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยโดยความสมัครใจ ให้ลงมือชื่อในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2.ขั้นดำเนินการทดลองมกราคม 2567 – มิถุนายน 2567 2.1) ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและประเมินระดับภาวะซึมเศร้า 2.2) ในการดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างตัวใช้ เพศ คะแนนอาการซึมเศร้า จับฉลากคู่กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่ เข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 20 คน โดย

กลุ่มควบคุม จะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพ 2 ครั้ง ในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชโรงพยาบาลมหาสารคาม

กลุ่มทดลอง จะได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมบำบัดการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยกิจกรรม ทั้งหมด 6 ครั้งๆละ 45-90 นาที ทุก 3 วัน

3. ขั้นเก็บรวบรวมข้อมูลกรกฎาคม 2567 – ตุลาคม 2567 3.1) ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินระดับภาวะซึมเศร้า 3.2) ผู้วิจัยกำกับการทดลอง ด้วยประเมินระดับภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง หลังจบกิจกรรมครั้งที่ 6 และประเมินระดับภาวะซึมเศร้ากับกลุ่มควบคุม ในสัปดาห์ที่ 4 ที่มีการนัดพบแพทย์ตามปกติ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 คน พยาบาลจิตเวช 1 คน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัด1คน ตรวจสอบว่ากิจกรรมในแต่ละครั้งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ มีเนื้อหาเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย (ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า) ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย เหมาะสมกับระดับการศึกษาและวัฒนธรรมของผู้เข้าร่วม โดยคำนวณดัชนีความตรงของเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence; IOC)¹⁸ โดยเกณฑ์ที่ยอมรับได้คือ ≥ 0.50 มีการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง โดยตรวจสอบว่าแนวคิดหรือทฤษฎีของโปรแกรมสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ เช่น ยึดตามแนวทางการบำบัดแบบการแก้ปัญหา ของ D'ZurillaandNezu และใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ¹⁹ เช่น การสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ และการตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหาและโครงสร้างโปรแกรมกับกรอบทฤษฎี มีการตรวจสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้ โดยทดลองใช้โปรแกรมกับกลุ่มเล็กๆ ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 3 คน ผลประเมินว่า 1.ผู้เข้าร่วมสามารถทำกิจกรรมได้จริง 2.ระยะเวลาในการทำแต่ละกิจกรรมเพียงพอเหมาะสม ด้านการตรวจสอบความเชื่อมั่นของกระบวนการ²⁰ โดยผู้วิจัย และผู้ดำเนินการ(พยาบาลวิชาชีพ) ได้ใช้คู่มือโปรแกรมอย่างถูกต้องและเหมือนกัน และได้ตรวจสอบความสอดคล้องของการดำเนินโปรแกรมระหว่างผู้บำบัด โดยใช้แบบประเมินความสม่ำเสมอของการบำบัด ด้านการตรวจสอบประสิทธิผลเบื้องต้น (Pilot Effectiveness)²¹ ได้ประเมินผลลัพธ์ก่อน-หลังการทดลองใช้ เช่น คะแนนแบบ

ประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q) และผลลัพธ์เป็นไปในทิศทางที่ดี ซึ่งแสดงว่าโปรแกรมมีคุณภาพและน่าเชื่อถือ

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการวิจัย ระยะดำเนินการวิจัย และระยะเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้องและได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยมีรายละเอียดดังนี้

1.ขั้นเตรียมการทดลอง 1.1) เตรียมความพร้อมของผู้ศึกษา โดยการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและฝึกประสบการณ์ในการทำกลุ่มจิตบำบัด โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคุณสมบัติเหมือนกลุ่มทดลอง แต่ไม่ใช้กลุ่มทดลองจำนวน 3 คนเพื่อทดลองการใช้โปรแกรมบำบัดการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อเสริมสร้างความมั่นใจ และนำมาปรับใช้กับกลุ่มทดลองจริง 1.2) เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย พร้อมเสนอโครงร่างวิจัยฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลมหาสารคาม 1.3) ประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย 1.4) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด พร้อมทั้งดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง²² หากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ให้ลงมือชื่อในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2.ขั้นดำเนินการทดลอง 2.1) ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและประเมินระดับภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) 2.2) ในการดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างตัวใช้ เพศ คะแนนอาการซึมเศร้า จับฉลากคู่กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่ เข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 คน โดย

กลุ่มควบคุม จะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพ 2 ครั้ง ในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลมหาสารคาม

กลุ่มทดลอง จะได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมบำบัดการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยกิจกรรม ทั้งหมด 6 ครั้งๆละ 45-90 นาที ทุก 3 วัน

3.ขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล 3.1) ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินระดับภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) 3.2) ผู้วิจัยกำกับการทดลองโดยประเมินระดับภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง หลังจบกิจกรรมครั้งที่ 6 และประเมินระดับภาวะซึมเศร้ากับกลุ่มควบคุม ในสัปดาห์ที่ 4 ที่มีการนัดพบแพทย์ตามปกติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยมีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย²³ มีการเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าระยะก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมบำบัดการแก้ปัญหา โดยใช้สถิติทดสอบ t (Dependent t-test)²⁴ และเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดการแก้ปัญหากับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบ t มีการกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05

สรุปผลการวิจัย

ผลวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตาราง ประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ปัญหา (n=20)

การแก้ปัญหของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	$\bar{X}$	SD	Level	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง	12.6	1.93	บกพร่อง	7.07	19	< .001
หลังการทดลอง	8	2.18	ปกติ			

จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการแก้ปัญหของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามก่อนและหลังการทดลองพบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดการแก้ปัญหแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการ

ทดลอง และหลังการทดลองระดับ 9Q มีคะแนนซึมเศร้ามลดลง สอดคล้องกับสมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ที่ว่า การแก้ปัญหของผู้ป่วยซึมเศร้า หลังได้รับโปรแกรมบำบัดการแก้ปัญหสามารถลดอาการซึมเศร้าและแก้ปัญหในชีวิตได้ดีขึ้น

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติกับการแก้ปัญหากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดการแก้ปัญหากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ระดับระดับภาวะซึมเศร้า	$\bar{X}$	SD	Level	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง						
-กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ	12.2	2.16	บกพร่อง	0.62	38	> .05
-กลุ่มที่ได้รับการบำบัดการแก้ปัญห	12.6	1.93	บกพร่อง			
หลังการทดลอง						
-กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ	13.95	3.07	บกพร่อง	7.08	38	< .001
-กลุ่มที่ได้รับการบำบัดการแก้ปัญห	8	2.17	ปกติ			

จากตารางที่ 2 พบว่าระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับการบำบัดโดยการแก้ปัญหไม่แตกต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยการแก้ปัญหเท่ากับ 12.2 กับ 12.6 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับบกพร่อง แต่ภายหลังการทดลองพบว่าระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยการระดับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มที่ได้รับการบำบัดการแก้ปัญหสูงกว่ากลุ่ม

ควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13.95 และ 8 ตามลำดับสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 2 ที่ว่าระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามกลุ่มที่ได้รับการบำบัดโดยการแก้ปัญหดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมบำบัดการแก้ปัญหต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า

ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ ทั้ง 2 ข้อ มีรายละเอียดดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 คือกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีค่าคะแนนระดับภาวะซึมเศร้าลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Pim Cuijpers และคณะ ซึ่งเป็นการวิเคราะห์หอยกิมาน พบว่า PST สามารถ ลดอาการซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญ และมีประสิทธิผลใกล้เคียงกับการบำบัดทางจิตรูปแบบอื่นและการใช้ยา²⁵ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Bell AC และ D’Zurilla TJ ที่พบว่า PST มีประสิทธิภาพดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษา²⁶ การบำบัดโดยการแก้ปัญหานี้ เน้นการฝึกทักษะการวางแผนเกี่ยวกับการแก้ปัญหาของผู้ป่วย สามารถ แลกเปลี่ยนประสบการณ์กันได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเองในการแก้ปัญหา พร้อมทั้งสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเล็งเห็นคุณค่าในตัวเอง ซึ่งการดำเนินการดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และเชื่อมั่นในตนเองพร้อมปรับกระบวนการคิดในการแก้ปัญหาเมื่อเผชิญปัญหาไปทางบวกมากกว่าทางลบ

สมมติฐานข้อที่ 2 คือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา มีระดับภาวะซึมเศร้าหลังการทดลอง ต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษาส่งเสริมให้เห็นว่าโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีประสิทธิภาพทั้งหมด 5 ด้าน ได้แก่ 1.ช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนมุมมองมองปัญหาอย่างมีเหตุผล 2.ลดความรู้สึกสิ้นหวัง 3. พัฒนาทักษะการตัดสินใจ 4.ลดความเครียดสะสม 5.เพิ่มประสิทธิภาพของการบำบัดอื่น ๆ เช่น PST สามารถใช้ร่วมกับการบำบัดอื่น เช่น CBT (การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด (Cognitive Behavioral Therapy)²⁷ หรือการใช้ยาและการมีทักษะการแก้ปัญหาช่วยให้ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาได้ดีขึ้นสรุปได้ว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าร่วม

โปรแกรม PST มีอาการดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ข้อจำกัดของงานวิจัย

1. ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากการศึกษา นี้มีกลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อย ซึ่งอาจส่งผลต่ออำนาจการทดสอบทางสถิติ ทำให้การตรวจพบความสัมพันธ์หรือความแตกต่างของตัวแปรในบางประเด็นอาจไม่เด่นชัดเท่าที่ควร

2. การสรุปอ้างอิงไปยังประชากร ผลการวิจัย นี้มาจากการศึกษาในบริบทเฉพาะและกลุ่มตัวอย่าง จำกัด ดังนั้นการนำผลการวิจัยไปปรับใช้ กับประชากรกลุ่มอื่นหรือในสภาพแวดล้อมที่แตกต่างออกไป ควรทำด้วยความระมัดระวัง

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการพยาบาล ส่งเสริมบทบาทของการพยาบาลในการใช้โปรแกรมบำบัดการแก้ปัญหา เพื่อนำไปใช้ในกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า บูรณาการโปรแกรมบำบัดการแก้ปัญหาเข้ากับกระบวนการพยาบาล เช่น การประเมิน การวางแผน และการดำเนินการพยาบาล มีการใช้เครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสม (เช่น 9Q,8Q) ร่วมกับการประเมินความสามารถในการแก้ปัญหา เพื่อวางแผนการบำบัดที่ตรงจุด ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมของโปรแกรม อาจดำเนินการร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้การดูแลมีความครอบคลุม และส่งเสริมให้พยาบาลมีทักษะด้านจิตวิทยาเบื้องต้น ซึ่งควรจัดอบรมหรือพัฒนาศักยภาพพยาบาลในด้านการสื่อสาร การให้คำปรึกษาเบื้องต้น และทักษะการให้กำลังใจ เพื่อให้สามารถนำโปรแกรมไปใช้ได้อย่างเหมาะสม

2. ด้านการศึกษา บรรจุเนื้อหาเกี่ยวกับโปรแกรมบำบัดการแก้ปัญหาในหลักสูตรควรเพิ่มเนื้อหาเกี่ยวกับทฤษฎีและกระบวนการของการบำบัดการแก้ปัญหา ในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ จิตวิทยา และสาธารณสุข พัฒนาองค์ความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้า โดยใช้ผลการวิจัยเป็นกรณีศึกษาใน

การเรียนการสอน มีการฝึกปฏิบัติจริงในสถานการณ์จำลอง

3.ด้านการวิจัย ควรเพิ่มจำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยให้มากขึ้น และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากหลายพื้นที่หรือหลายสถานพยาบาล เพื่อเพิ่มความสามารถในการอ้างอิงผลการวิจัยไปสู่ประชากรกลุ่มกว้างขึ้น ควรมีการติดตามผลระยะยาวหลังสิ้นสุดโปรแกรม เช่น 3 เดือน หรือ 6 เดือน เพื่อประเมินผลต่อเนื่องของโปรแกรมในการลดภาวะซึมเศร้า เปรียบเทียบประสิทธิภาพของโปรแกรมบำบัดการโดยการแก้ปัญหา กับโปรแกรมบำบัดอื่น ๆ เช่น CBT หรือการบำบัดด้วยสติ (Mindfulness-Based Therapy)²⁸ ควรประเมินผลด้วยวิธีหลากหลายใช้เครื่องมือวัดหลายประเภท เช่น แบบสอบถามที่ผ่านการทดสอบทางสถิติ การสัมภาษณ์เชิงลึก หรือการสังเกตพฤติกรรม เพื่อให้ได้ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ศึกษาปัจจัยแวดล้อมที่มีผลต่อผลลัพธ์

เอกสารอ้างอิง

1. Dixon A. Problem-solving approach and depression: Evidence for a recovery model. J Couns Dev. 2000;78(1):45–50.
2. D’Zurilla TJ, Maydeu-Olivares A. Conceptual and methodological issues in social problem-solving assessment. Behav Ther. 1995;26(3):409–32.
3. กรมสุขภาพจิต. รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2554. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต; 2554.
4. Nezu AM, Nezu CM, Perri MG. Problem-solving therapy for depression: Theory, research and clinical guidelines. New York: Wiley; 1989.
5. รัตติกาล ศรีงาม. บทบาทพยาบาลในการลดอาการซึมเศร้าโดยการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วารสารแพทยสารทหารอากาศ. 2568;71(1):9–20.
6. ธวัชชัย พลศักดิ์. ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2560.
7. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. คู่มือโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์; ม.ป.ป.
8. ธวัชชัย พลศักดิ์, และคณะ. ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2560;31(1):60–74.
9. รัตติ ไซติพงษ์. การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ที่มารับบริการในโรงพยาบาลโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์ [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2552.

ศึกษาปัจจัยร่วมที่อาจส่งผลกระทบต่อระดับภาวะซึมเศร้า เช่น การสนับสนุนจากครอบครัว ภาวะเศรษฐกิจส่วนบุคคล หรือโรคร่วมทางกาย ศึกษาผลของโปรแกรมในกลุ่มเฉพาะ เช่น วัยรุ่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หรือผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เพื่อความเหมาะสม และปรับโปรแกรมให้ตรงกลุ่มเป้าหมาย พัฒนาโปรแกรมให้หลากหลายรูปแบบ แนะนำให้ทดลองใช้โปรแกรมในรูปแบบต่าง ๆ เช่น โปรแกรมออนไลน์ แอปพลิเคชัน หรือโปรแกรมแบบสั้น เพื่อเพิ่มความสะดวกในการเข้าถึงและนำไปใช้จริง ควรใช้การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่ม (Randomized Controlled Trial:RCT)²⁹ เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือทางวิทยาศาสตร์ และลดอคติที่อาจเกิดขึ้นในการวิจัย

4.ด้านนโยบาย ควรเสนอให้บรรจุ PST ใน Clinical Practice Guideline และควรเสนอให้ใช้เป็นโปรแกรมมาตรฐานใน OPD Psychiatric

10. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. หลักการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2559.
11. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. ผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์; 2563.
12. D’Zurilla TJ, Nezu AM. Problem solving therapy: A positive approach to clinical intervention. 3rd ed. New York: Springer Publishing; 2007.
13. กรมสุขภาพจิต. แนวทางการวิจัยและการประเมินผู้ป่วยจิตเวชในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต; 2562.
14. Lotrakul M, Saipanish R. การประยุกต์ใช้ ICD-10 ในการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าในประชากรไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2549;51(2):123-31.
15. กรมสุขภาพจิต. แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 9 คำถาม (9Q). กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต; 2564.
16. กรมสุขภาพจิต. คู่มือการวินิจฉัยและการประเมินโรคจิตเวชในประเทศไทย (DSM-IV). กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต; 2552.
17. กรมสุขภาพจิต. โรคซึมเศร้า (Depression). กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต; 2563.
18. มหาวิทยาลัยมหิดล. การประเมินความตรงของเครื่องมือวิจัยด้วยดัชนี IOC. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558.
19. มหาวิทยาลัยมหิดล. แนวทางการวิจัยเชิงคุณภาพในงานพยาบาลและสุขภาพ. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2560.
20. มหาวิทยาลัยมหิดล. แนวทางการตรวจสอบความเชื่อมั่นของกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2560.
21. มหาวิทยาลัยมหิดล. แนวทางการทำวิจัยนำร่องและการประเมินประสิทธิผลเบื้องต้นในงานพยาบาลและสุขภาพ. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2560.
22. โรงพยาบาลมหาสารคาม. แนวทางการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยกับผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาสารคาม. มหาสารคาม: โรงพยาบาลมหาสารคาม; 2563.
23. มหาวิทยาลัยมหิดล. คู่มือการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงสถิติสำหรับงานวิจัยพยาบาลและสุขภาพ. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2560.
24. มหาวิทยาลัยมหิดล. คู่มือการใช้สถิติในการวิจัยพยาบาลและสุขภาพ. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2560.
25. Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L. Problem-solving therapy for adult depression: An updated meta-analysis. Eur Psychiatry. 2007;22(1):9-15.
26. Bell AC, D’Zurilla TJ. Problem-solving therapy for depression: A meta-analysis. Clin Psychol Rev. 2009;29(4):348-53.
27. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการบำบัดด้วย Cognitive Behavioral Therapy สำหรับผู้ป่วยซึมเศร้า. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
28. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการใช้ Mindfulness-Based Therapy ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
29. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. คู่มือการวิจัยเชิงทดลองและการออกแบบการศึกษาแบบสุ่มในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ; 2560.